

XI СЪЕЗД БЕЛОРУССКИХ ХИРУРГОВ (18—20 октября 1995 г., Гродно)

Доцент А. В. **ФОМИН**

Витебский медицинский институт

18—20 октября 1995 года проходил XI съезд белорусских хирургов в г. Гродно. В работе съезда приняли участие хирурги стран СНГ и дальнего зарубежья, более 200 человек.

На съезде было представлено 279 работ, заслушано 162 доклада по вопросам лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и их осложнений—прободения, кровотечения из язвы, стенозирования. Рассмотрены общие вопросы лечения и реабилитации больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. 51 доклад был посвящен достижениям в хирургии. Обсуждены организационные вопросы. Детские хирурги обсудили проблемы врожденных аномалий и пороков у детей. С актовым докладом “Современные возможности хирургического лечения механической желтухи” выступил профессор **Н. И. Батвинков**. Делегаты и гости съезда почтили память доктора медицинских наук, профессора **С. И. Юпатова**.

В период проведения съезда работала Международная специализированная выставка “Все для здоровья '95: Новые технологии в хирургии”.

Прободение язвы

С докладом “Актуальные вопросы хирургического лечения прободных язв желудка и 12-перстной кишки” выступил профессор **Г. П. Шорох**. Приведены данные лечения 1150 больных прободной язвой. Послеоперационная летальность составила 3,7%. У 21,5% больных выполнена ваготомия с дренирующими операциями или резекция желудка. Учитывая достаточно частые повторные госпитализации после ушивания прободной язвы, необходимо стремиться к радикальным операциям. Частые рециди-

вы, неэффективность настойчивого и последовательного лечения гастроэнтерологом в течение 2—3 лет хронической язвы 12-перстной кишки и в течение 4—6 месяцев язвы желудка являются оптимальными показаниями для направления больных в хирургический стационар.

В. М. Колтонюк, В. Л. Гаврилик, С. М. Тихонович, В. Н. Колоцей в докладе “Диагностика и лечение прободных язв желудка и 12-перстной кишки” считают, что во избежание летальных исходов больным показано ушивание перфоративного отверстия. В дальнейшем рекомендуется выполнять плановое оперативное вмешательство при наличии показаний.

В докладе профессора **В. Н. Шиленка, Э. Я. Зельдина, Ю. В. Приступы** “Лечение прободных гастродуоденальных язв” отмечен рост осложнений язвенной болезни. Число больных с прободной язвой выросло в 1994 году по отношению к 1989 году почти в три раза. Радикальные операции выполнены у 75,9% больных. Показано, что послеоперационные осложнения и летальность не зависели от объема оперативного вмешательства. Это позволяет рекомендовать более широкое применение органосохраняющих операций при разлитом перитоните в реактивной и токсической стадиях.

В. К. Протасевич в докладе “Лечение больных перфоративными гастродуоденальными язвами” обобщил данные за 10 лет (1985—1994 гг.) по стационарам Могилевской области. Отмечено, что тяжесть сопутствующего перфорации перитонита при отказе от радикальной операции в ряде случаев хирургами переоценивается. Операцию при пробод-

ной язве должен проводить хирург, владеющий техникой радикальных операций по поводу язвенной болезни.

Профессор И. Н. Гришин, Н. Н. Чур, В. Н. Стасевич, Ю. Т. Вижинис в докладе **“Результаты лечения прободных пилородуоденальных язв”** отметили, что наилучшие результаты получены у больных, которым выполнялось иссечение язвы со стволовой ваготомией. В Минской областной клинической больнице ежегодно выполняются резекции желудка только у 4—5% больных, оперированных по поводу прободной язвы. Применение стволовой ваготомии при лечении прободной пилородуоденальной язвы снижает продукцию соляной кислоты до безопасного уровня, не нарушает перистальтику антрального отдела и эвакуаторную функцию желудка и в отдаленном периоде не оказывает существенного влияния на моторную функцию тонкой кишки, не требует хирургической коррекции.

Осложнение язвы кровотечением

Профессор Г. П. Шорох и соавторы в докладе **“Диагностика и лечение гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением”** отметили, что это осложнение встречается у 5—9% больных язвенной болезнью с общей летальностью 10—15%. При острокровоточащей язве необходимость в хирургическом вмешательстве возникает примерно у 2/3 больных. В клинике определены характеристики гемостаза. Внедрены эндоскопические методы остановки кровотечения. Выделены группы больных по срокам оперативного вмешательства. Дифференцированно применяется хирургическое лечение: при дуоденальной локализации язвы предпочтение отдается органосохраняющим операциям, при желудочной язве—резекции желудка. Общая послеоперационная летальность составила 5,45%.

В докладе **“Диагностика и тактика хирурга при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии”** **Г. Г. Кондратенко** представил данные о том, что

на территории республики за период 1989—1994 годов число больных с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК) выросло на 34%. Процент поздней госпитализации в республике не снижается. Общая летальность вместе с тем снизилась с 4,5% до 3%. Рост частоты ГДК язвенной этиологии заставляет сделать вывод о недостаточной эффективности амбулаторной противоязвенной терапии и снижении качества диспансеризации этой группы больных.

Профессор Н. Е. Филипович, О. И. Рубахов, В. В. Большов, А. В. Сай, И. М. Ладутько, С. М. Ращинский в докладе **“Опыт хирургического лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением и циррозом печени”** рекомендуют лечение этой категории больных начинать с консервативной терапии, что включает гемостатики, ингибиторы протеаз, вазоконстрикторы (питуитрин) на фоне гепатопротекторов, переливания крови и ее компонентов. При эндоскопической верификации разрыва вен пищевода и желудка обязательным был механический гемостаз зондом Блэкмора. Показанием к операции являлось продолжающееся кровотечение в течение 3—6 часов при неэффективности продолжающейся интенсивной гемостатической терапии. Хирургическое лечение больных циррозом печени в сочетании с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, должно быть направлено на то и другое заболевание, независимо от превалирования одного из них.

Стенозирующая язва

Профессор Г. П. Рычагов и Н. Н. Дорох в докладе **“Дуоденопластика в сочетании с СПВ в лечении стенозирующих дуоденальных язв”** отметили, что в большинстве случаев пилородуоденальных стенозов (83%) привратник не вовлечен в патологический процесс. Установлено, что лучшие результаты лечения даст пилоропластика по Финнею. Разработано пять модификаций методики Финнея в связи с различными вариантами расположения стенозирующего

участка в 12-перстной кишке, что позволило снизить в послеоперационном периоде число таких осложнений, как гастростаз, дисфагия, анастомозит.

Академик В. Ф. Саенко, А. А. Пустовит, А. В. Щитов из Киева в докладе “Диагностика и хирургическое лечение декомпенсированных форм язвенного пилородуоденального стеноза” представили данные о выделении группы больных с обратимыми и необратимыми явлениями моторной функции. В первой группе больных было возможным применение органосохраняющей операции (селективная проксимальная ваготомия с различными вариантами дренирования: пилоропластика, дуоденопластика), у второй—резекция 2/3 желудка.

В. Б. Стрижевский и соавт. в докладе “Результаты лечения пилородуоденального стеноза язвенной этиологии” представили данные лечения 30 больных. Основной метод лечения—резекция желудка. У 92,5% больных результаты лечения хорошие и удовлетворительные. На отдаленный результат влияет стадия заболевания, ее длительность, сочетание с другими осложнениями язвенной болезни и вид кишечного шва.

Общие вопросы лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Профессор Г. П. Рычагов и Б. Г. Деревцов в своем выступлении представили данные о том, что пилорический кампилобактер заселяет слизистую оболочку желудка во всех случаях осложненного течения язвенной болезни. Представлены способы декампилобактеризации гастродуоденальной слизистой посредством обработки 70-грудусным спиртом и ампициллином с последующим облучением сканирующим лучом гелий-неонового лазера, что позволило существенно улучшить результаты консервативного лечения. Сообщено также о системе прогнозирования и профилактики послеоперационных осложнений, что является важным направлением улучшения ближайших и отдаленных

результатов хирургического лечения язвенной болезни.

Профессор Ю. Б. Мартов и соавторы привели данные оперативного лечения 1768 больных язвенной болезнью. В клинике имеется строгий подход к выбору оперативного вмешательства. При язвенной болезни желудка производится экономная резекция, при язвенной болезни 12-перстной кишки—органосохраняющие операции как в чистом виде, так и с дренирующими желудок операциями. Органосохраняющие операции являются обоснованным вмешательством и при осложненной дуоденальной язве.

В докладе **профессора Ю. Б. Мартова, профессора В. М. Семенова, К. А. Ходькова** отмечено, что ведущим звеном в формировании постваготомических рецидивов дуоденальной язвы является повышенная секреторная функция желудка. Патологические изменения, вызываемые Н. pylori, имеют вторичный характер и усугубляют течение язвенного процесса.

М. В. Картавиков, А. Ф. Яцко, В. И. Макаров представили результаты хирургического лечения 563 больных. 158 больным выполнено ушивание перфоративной язвы, 24—ваготомия, 367 больным—резекция желудка в различных модификациях. Почти все осложнения в отдаленном периоде наблюдались у больных, перенесших операцию по Гофмейстеру—Финстереру. Предлагают чаще применять резекцию желудка по Ру и Бальфуру, особенно у больных с высоким риском несостоятельности культи 12-перстной кишки.

В докладе **профессора И. Г. Ляндреса** представлены результаты комплексного лечения пилородуоденальных язв с применением лазеротерапии. Отмечена высокая эффективность метода в купировании болевого синдрома и заживления язв.

Широкую дискуссию вызвало выступление профессора К. Н. Таруна о несобоснованности ваготомии при язвенной болезни и последствиях денервации желудка. В прениях в пользу ваготомии с

анализом результатов собственных исследований и литературными данными выступили профессор Г. П. Рычагов, кандидат медицинских наук В. М. Лобанков.

В докладе академика В. Ф. Саенко и соавторов "Современные аспекты хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки" отмечено, что операцией выбора при осложненной язве желудка является резекция желудка. Предпочтение отдается методикам, предусматривающим сохранение пилороантрального отдела. Предлагается шире использовать органосохраняющие операции при осложненных формах язвенной болезни 12-перстной кишки.

Профессор А. В. Шотт представил отдаленные результаты хирургического лечения 1334 больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Основная операция—резекция желудка. Результаты лечения вполне удовлетворительные. С целью поиска вариантов улучшения результатов лечения приведены основные причины неудовлетворительных результатов резекции желудка: операции в позднем периоде болезни, грубые анатомические изменения, осложнения во время и после операции, технические и тактические погрешности, злокачественное течение язвенной болезни и ее рецидивов, нарушение режима после операции, развитие спаек, функциональные нарушения.

Профессор С. И. Леонович и Ю. М. Гаин предлагают с целью профилактики и лечения послеоперационного панкреатита целенаправленную интраоперационную и послеоперационную терапию ингибиторами протеаз, назначение в послеоперационном периоде 0,1% раствора атропина, полиглюкин-новокаин-антиферментной смеси и др. лагила.

Г. Г. Мармыш и профессор Е. А. Томашик сообщили о профилактике и лечении болезней оперированного желудка (защищены авторскими свидетельствами) способами оперативных вмешательств.

В докладе профессора М. Г. Сачека, А. В. Фомина, Э. С. Питкевича и соавторов рассмотрены вопросы психологической реабилитации больных после операции по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Применение бемитила способствовало благоприятному течению послеоперационного периода и оптимизации результатов лечения.

Достижения в хирургии были представлены 51 докладом по всем актуальным направлениям медицины.

Ю. М. Гаин и соавторы рассказали о результатах экспериментального применения электрохимически активированного раствора хлорида натрия для интраоперационной санации брюшной полости при перитоните. По своим антибактериальным свойствам и ряду биологических эффектов он даже превосходит хлоргексидин, что делает перспективным клиническое применение препарата.

Широко были представлены доклады по клиническому использованию лапароскопической холецистэктомии и малоинвазивных вмешательств при других заболеваниях органов брюшной полости.

Профессор Н. И. Батвинков и соавт. представили доклад о большом опыте (387 больных) лечения механической желтухи. Желтуха опухолевого генеза наблюдалась у 69,4% больных, доброкачественного—у 30,6%. В первые сутки с момента поступления при сохраненном желчном пузыре накладывалась лапароскопическая холецистостомия. Это позволяло уменьшить желтуху или полностью ее ликвидировать. На 7—14 сутки 285 больным выполнен второй этап операции. При желтухах опухолевого генеза производились панкреатодуоденальная резекция, резекция гепатохоледоха, биллиодигестивные анастомозы. При доброкачественных заболеваниях производили холецистэктомию с реконструктивными и восстановительными операциями на желчных путях. У 102 больных наружное отведение желчи оказалось окончательной операцией в свя-

зи с тяжелым общесоматическим состоянием и отдаленными метастазами.

Г. Г. Кондратенко и соавт. представили свой опыт лапароскопической холецистэктомии.

А. В. Вахидов и соавт. из Ташкента доложили о достижениях эндоскопической хирургии в лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия позволили проводить радикальное хирургическое лечение этой группе больных—лапароскопическую холецистэктомию.

М. Щепковски и соавт. из Польши представили результаты восстановления непрерывности кишки у больных с концевыми колостомами, которым ранее была выполнена операция Гартмана по поводу опухоли толстой кишки и болезни Крона. Была использована лапароскопическая техника.

А. Н. Никифоров и соавт. привели опыт применения малоинвазивных вмешательств с применением лапароскопической техники у 16 детей в возрасте 6—13 лет. Выполнялись аппендэктомия, разделение спаек, гинекологические вмешательства. Авторы отмечают большую перспективность данного метода в хирургии детского возраста.

В. А. Пландовский и соавт. доложили об опыте торакоскопических операций. Операции применяли для коррекции последствий травм органов грудной клетки. Полученные результаты демонстрируют, что показания к видеоторакоскопическим операциям могут быть значительно расширены.

О. И. Рубахов в докладе “Использование методов эндоваскулярной и оперативной хирургии для коррекции асцитического синдрома при портальной гипертензии” показал, что суммарный эффект комплекса операций, разнящихся по механизму воздействия на портальную гемодинамику, характеризуется более выраженным гепотензивным эффектом, чем любая другая методика в отдельности.

Л. Г. Шестакова и соавт. в докладе “Антеградная и ретроградная кровяная кардиоплегия при операциях на открытом сердце” показали, что использование гипотермической гиперкалиевого антеградной кардиopleгии позволило снизить летальность с 22,6% до 4%. Однако у пациентов с выраженным атеросклерозом коронарных артерий эта методика недостаточно эффективна. Сочетание антеградной и ретроградной кровяной кардиopleгии с тепловой реперфузией, обогащенной фосфокреатином, позволяет достигнуть эффективной кардиопротекции у больных с комбинированным поражением клапанного аппарата, коронарных артерий.

В докладе **Рональда В. Пеллегрини и соавт.** отмечено, что рецидив коронарной болезни после реваскуляризации миокарда был отмечен у 2% больных. Около четверти из них лечились консервативными мероприятиями, остальные подверглись повторной коронарной реваскуляризации. Пожилой возраст не является противопоказанием к повторной операции. Табакокурение, повторные инфаркты миокарда, сахарный диабет и повышение уровня холестерина в крови являются серьезными индикаторами рецидива заболевания и увеличивают риск повторного оперативного вмешательства.

В. А. Янушко и соавт. выражают беспокойство по поводу увеличения заболеваемости сифилисом, в связи с чем, очевидно, следует ожидать и учащения сосудистых поражений, требующих ангиохирургической коррекции. Оперировано за пять лет 3 больных. При клинико-инструментальном обследовании этих больных было выявлено поражение брюшной аорты с ее высоким тромбозом, окклюзией правой почечной артерии и критическим стенозом левой почечной артерии в первом сегменте. Выявлен критический стеноз правой и окклюзия левой сонной артерии. Хирургическую коррекцию сосудистых нарушений следует выполнять после специфической терапии под наблюдением венеролога.

В докладе **А. А. Баешко, профессора Г. П. Шороха и соавт.** отмечена высокая эффективность применения медикаментозных методов предупреждения тромбоза глубоких вен: гепарин в режиме мини- и больших доз, декстраны и низкомолекулярный гепарин. При развившемся тромбозе глубоких вен методом выбора считают гепаринотерапию под контролем активированного тромбопластинового времени. У больных с эмболенными тромбозами применяют хирургические методы лечения: имплантацию кавафилтра, удаление флотирующей части тромба с целью предупреждения миграции тромба в легочную артерию.

Данные, представленные профессором **В. В. Аничкиным, А. С. Карпицким**, доказывают возможность "выращивания" искусственной трахеи из собственных тканей организма путем формирования соединительнотканного и хрящевого каркаса вокруг эндопротектора.

А. И. Лысов и соавт. доложили об опыте лечения рака пищевода в специализированном отделении. Радикальные операции составили 46,5% от числа оперированных. Послеоперационная летальность — 10%.

С. Ю. Мечковский и соавт. из Республиканского центра микрохирургии обосновывают сберегающие вмешательства на маточных трубах при трубной беременности. Основным способом хирургического лечения должны быть щадящие пластические операции. При невозможности спасти участок маточной трубы нужно постараться сохранить любую ее часть, имеющую нормальное строение. Ею можно воспользоваться позже для составной пластики трубы.

С. Г. Подолинским, профессором Ю. Б. Мартовым предложены результаты первого в Республике Беларусь опыта ксенотрансплантации культуры β -клеток поджелудочной железы больным сахарным диабетом. Применение этого метода в составе комплексного лечения сахарного диабета и его осложнений является весьма эффективным вмешательством и представляет значительный практический и научный интерес.

Профессор И. Я. Макшанов и соавт. отмечают, что одним из направлений антистрессовой защиты организма при операционной травме является исполь-

зование принципа усиления мощностей естественных стресс-лимитирующих систем организма путем введения извне аналогов или метаболитов этих систем. Ограничение величины и длительности операционной стресс-реакции способствует более гладкому течению послеоперационного периода.

Профессор А. В. Шотт, С. И. Третьяк представили концепцию патогенеза сепсиса вследствие прогрессирующей бактериемии при отсутствии специфического гуморального иммунитета, обосновали введение антибактериальных препаратов только в сосудистое русло. Клинические наблюдения подтверждают изложенную концепцию.

А. Н. Нехаев и соавт. проанализировали факторы риска гнойного осложнения ран после аппендэктомии. Ранняя госпитализация больных, сокращение сроков наблюдения до операции, тщательное соблюдение асептики, бережное отношение к тканям, целенаправленная антибактериальная терапия и коррекция сопутствующей патологии являются ведущими факторами снижения частоты послеоперационных гнойных осложнений после аппендэктомии.

Детские хирурги обсудили вопросы темы "Хирургия пороков развития у детей: проблемы и перспективы в Беларуси".

А. И. Фомченко и соавт. привели анализ лечения 128 детей с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта за пять лет (1990—1994 гг.). Наиболее часто наблюдались пилоростеноз, пороки 12-перстной, тонкой и толстой кишок, вызывавшие врожденную непроходимость кишечника, пороки пищевода, аноректальные пороки, пороки толстой кишки с нарушением ее перистальтики, атрезия желчных ходов и пороки в связи с нарушением обратного развития желточного протока. Оперировано 94,5% детей. Общая летальность составила 24,8%. В исходах лечения большое значение имеют характер порока, наличие пороков других органов, своевременная диагностика и своевременно проведенная хирургическая коррекция пороков.

В докладе, представленном авторами, **профессором Л. Е. Котовичем, В. М. Вериним, Д. В. Пашкевичем**, дан

анализ оперативного лечения пороков развития у новорожденных, что составляло 2,5% всех вмешательств, выполненных за последние 8 лет в хирургическом отделении Минской областной детской клинической больницы. Чаще всего при экстренных операциях требовались минимальные травматичность и продолжительность вмешательства. Как первый этап операции при кишечной непроходимости нередко накладывали энтеростомы. Новорожденные плохо переносили разгрузочные стомы. Закрывали их через 7—10 дней, последующие этапы лечения проводились в специализированном отделении Центра детской хирургии.

Профессор В. А. Катько, А. А. Сорока, А. А. Овчаренко доложили о наблюдении 52 детей, оперированных по поводу атрезии пищевода. Недостаточная реабилитация, а иногда неправильное лечение привели к смерти 13 детей. Основные причины летальных исходов — пневмония, стеноз пищевода, сопутствующие пороки развития. Отдаленные результаты лечения 38 больных хорошие.

В докладе **Й. Ф. Абу-Вайда, А. Н. Никифорова** представлена тактика лечения детей с аноректальными пороками развития. Разработана программа обследования новорожденных и детей старше одного месяца. Больным накладывалась соответствующая колостома. Затем в зависимости от формы порока производился выбор вида оперативного вмешательства. Даны новые сведения о патогенезе болезни Гиршпрунга. Внесены изменения в технику выполнения операций Соаве и Дюамеля. Функциональные результаты лечения у всех детей хорошие.

Б. И. Мацкевич, К. М. Иодковский, Г. И. Войтеховский поделились результатами лечения 21 больного врожденным уретерогидронефрозом (дети в возрасте от 1,5 месяцев до 14 лет). Предпочтение отдавалось органосохраняющим операциям с моделированием мочеточника. Трем детям вынуждены были произвести уретеронефрэктомии. После выписки из стационара больные продолжают нуждаться в консервативном лечении по поводу пиелонефрита в течение 1,5—2 лет.

Профессор Н. Е. Савченко и соавт. представили доклад о повторных реконструктивных операциях у детей с гипоспадией. За 20 лет в клинике Минского медицинского института повторные реконструктивные операции выполнены у 191 больного. Одним из основных направлений успешного лечения гипоспадии следует считать профилактику ранних и поздних осложнений. Авторы считают, что у каждого не оперированного ранее больного с гипоспадией имеется достаточное количество пластического материала.

Состоялись прения по организационно-тактическим проблемам хирургической неонатологии, диагностике послеоперационных осложнений при хирургической коррекции врожденных пороков пищевого канала и их предупреждению, перспективам реабилитации детей после хирургической коррекции врожденных аномалий.

Все представленные на съезде доклады были заслушаны с большим интересом. Состоялись дискуссии и обмен мнениями. Отмечен высокий уровень представленных докладов и хорошая организация работы съезда.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ “НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ”

(16—17 ноября 1995 г., Москва)

канд. мед. наук **С. С. СТЕБУНОВ**

Витебский медицинский институт

16—17 ноября 1995 г. в Москве на базе Российского университета Дружбы народов проходила международная конференция, посвященная актуальным во-

просам диагностики и лечения заболеваний панкреатобилиарной зоны. В работе конгресса приняли участие около 300 хирургов из разных стран СНГ и